

3. Ostsee-Anrainerstaaten Symposium Palliativmedizin Lübeck 18./19. 10. 2007

Landespastorin Petra Thobaben
Sprecherin des Vorstands

Wir sehen jetzt nur undeutlich wie in einem trüben Spiegel;
Dann aber von Angesicht zu Angesicht.
Jetzt erkenne ich nur stückweise;
Dann aber werde ich erkennen, wie ich erkannt bin. 1. Korinther 13,12

Leben als Fragment – die Verantwortung der Diakonie bei der Gestaltung der Palliativversorgung im ländlichen Raum

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

1. Sich dem Thema nähern

Wer im Verlauf der Documenta X (1997) in Kassel die Kunstaussstellung besuchte, konnte eine sich wiederholende Szene beobachten: Im Raum aufgehängt war ein schlichter roter Holzstuhl. Das besondere daran: dieser Stuhl war sehr sorgfältig in seine Einzelteile zerlegt worden. In diesen Einzelteilen aufgehängt ergab er eine virtuelle Skulptur. Um dieses merkwürdige Kunstwerk herum bildeten sich immer wieder neue Kreisläufe von Menschen. Sie wanderten um das Werk herum, blieben stehen, reckten sich oder gingen in die Hocke. Die verschiedenen Betrachtungswinkel ausprobierend wechselten sie die Perspektive zum frei schwebenden Objekt. Manche verließen ratlos den Raum und andere fanden den Punkt, von dem aus der Stuhl vom Fragment zum Ganzen wurde.

Der Künstler – Matthew Ngui – verwies auf das Leben hinter den Fassaden und konfrontierte die Betrachtenden mit der Kategorie des Fragmentes, das die Überreste eines zerbrochenen Ganzen – die Fragmente des Vergangenen – und die noch nicht gefundene Gestaltungsform – die Fragmente der Zukunft – präsentierte. Fragmente „leben und wirken in Spannung zu jener Ganzheit, die sie nicht sind und nicht dar-

stellen, auf die hin aber der Betrachter sie zu ergänzen trachtet. Fragmente lassen Ganzheit suchen, die sie selber aber nicht bieten und finden lassen.“¹ Ich stelle dies voran, um Raum zu lassen dem, was Leben ist.

Konstitutiv sind ihm – dem Leben – nicht Vollständigkeit, Gesundheit und Ganzheit, die zielhaft zu erreichen sind; ihm eignen dagegen Unvollständigsein, Abbrüche, Verlorenheit, Schmerz, die Fragmente also von Vergangenheit und Zukunft, von dem, was der Mensch hätte sein und was er hätte werden können. Dies festzuhalten ist mir wichtig, gerade im Blick auf die Begegnung, die Kommunikation und die Gemeinschaft mit denen, die angesichts ihrer Krankheit zum Tode unter physischen, psychischen und seelischen Schmerzen leiden und trauern um den Sinn, den ihr Leben hatte, trauern um die losen Enden der unmöglich gewordenen Möglichkeiten. Denn: unser Erkennen ist Stückwerk, so schreibt Paulus es im Korintherbrief, ehe er es einbezieht in die Koordinaten von Glauben – Hoffnung – Liebe.

2. In Gottes Schmerz ist seine Liebe begründet – theologische Anknüpfung

Das Gegenüber vom Schmerz der Leidenden und den mitunter bevormundend anmutenden Bestrebungen in Therapie und Seelsorge, den konkreten Menschen in das zu integrieren, was vermeintlich das normale soziale Leben ausmacht, kann leicht zur Ausgrenzung der Realitäten des Lebens führen, in denen Menschen nicht mehr entsprechend der festgelegten Normalitäten funktionieren können. Wir arbeiten häufig mit Defizitmodellen menschlichen Lebens. Wir beschreiben – gemessen an dem, was als gesellschaftliche Norm der Normalität gilt – die Defizite alter Menschen und entwickeln von daher Hilfearrangements; wir beschreiben die Defizite von Menschen mit Behinderungen und erklären mittels Hilfeplanungen unsererseits, was zur Eingliederung gebraucht wird; wir beschreiben die Defizite von schwerstkranken Menschen und erstellen ihre Behandlungs- und Medikationspläne.

Das Subjekt, das Individuum, der konkrete Mensch wird zum Fall, weil er selbst auf sein Bedürftigsein und seine Angewiesenheit auf Hilfe reduziert wird. Nicht nur in Wirtschaft und Handel setzen wir auf Wachstum und die Abschließbarkeit von Entwicklungsprozessen durch gelungene Zielerreichung. Dieses Muster wenden wir auf Bildungs-, Lebens- und Individuationsprozesse an, wenn wir von Ganzheit sprechen

¹ Henning Luther, Identität und Fragment; Theologia Practica 20.Jg. Heft 4, S. 317-338

oder wir folgen dem klassischen griechischen Menschheitsideal der Vollkommenheit, das keine Gebrochenheit kennt. Das Leben und die Identität des je konkreten Menschen als unabgeschlossen im Sinne eines Fragmentes zu verstehen, schließt allerdings den Widerstand gegen die Fragmentalisierungen des Lebens und von Lebenswelten ein.

Der Theologe Henning Luther hat sich in seinen Arbeiten kritisch mit dem Begriff der Identität des Menschen auseinandergesetzt. Er würdigt das Verdienst des Konzepts der Identität in der psychologischen und soziologischen Diskussion als Überwindung der Annahme, dass Persönlichkeit als eine „Abbildung der objektivierten, institutionalisierten Werte“ zu verstehen sei, an dessen Ausprägung der Mensch nicht konstruktiv und aktiv beteiligt ist. Der Mensch tritt seiner Umwelt gegenüber und interagiert mit ihr. Daher hält Luther ohne Einwände an der Subjektorientierung und am Entwicklungsgedanken fest.

Den Konzepten Margret Meads und Erik H. Eriksons von Identität als Vollständigkeit und Ganzheit und der dauerhaften Einheitlichkeit und Kontinuität stellt er selbst den Begriff des Fragments gegenüber, weil dieser Begriff ihm im Blick „auf menschliches Leben insgesamt, d. h. sowohl in seiner zeitlichen Erstreckung als auch in seiner inhaltlichen Breite“² als einzig legitime Beschreibung gelten kann. Vehement wehrt er sich gegen die Unterschlagung der Verlustgeschichte und der Gebrochenheit menschlicher Existenz, die die Begrenztheit von Leben und damit seine Bruchstückhaftigkeit unter dem Zwang von Wachstum und Reife, Ganzheit und Gesundheit – und damit auch den Schmerz leugnet.

Wer nach der Verantwortung von Diakonie bei der Ausgestaltung der Palliativversorgung fragt, muss sich einlassen können und gegenwärtig sein, wo Menschen durch unheilbare Krankheit an ihre Grenzen gelangen, wo sie keinen Sinn mehr zu finden wissen, wo der Schmerz die alltägliche Wirklichkeit fadenscheinig sein lässt, wo Heilung unmöglich und Heil von außen, dem ganz anderen, von Gott erhofft wird. Der japanische Theologe Kazoh Kitamori spricht vom Schmerz Gottes und von Gott als dem, der den Menschen aufhebt und heilt. Weil Gott seinen eigenen Schmerz und seine eigenen Wunden selbst auf sich nimmt, ist er der, der unseren Schmerz und

² A.a.O. S. 323

unsere Wunden heilt. „Heil ist die Botschaft, dass Gott unsere gebrochene Wirklichkeit ganz und gar einhüllt. (...) Unsere Wirklichkeit ist so gründlich zerbrochen, dass keine Hoffnung mehr bleibt. Das Evangelium ist die Botschaft, (...) dass es Hoffnung gibt für den Hoffnungslosen. (...) Um dieses einhüllenden Gottes Willen wird unser Schmerz aufgehoben und unsere Wunden geheilt. Wenn schon der Schmerz Gottes unseren Schmerz umhüllt, dann ist dieser Schmerz bereits die Liebe, die im Schmerz Gottes begründet ist.“³

Leben ist kein Fortschrittsprozess des Gelingens an sich, Leben ist auch Verlust, Bruch, Scheitern, Abbruch von Möglichkeiten. „Wir sind“ – so führt Luther weiter aus – „immer zugleich auch gleichsam Ruinen unserer Vergangenheit, Fragmente zerbrochener Hoffnungen, verronnener Lebenswünsche, verworfener Möglichkeiten, vertaner und verspielter Chancen, damit aber auch Ruinen aufgrund unseres Versagens und unserer Schuld – neben den objektiv verflossenen Möglichkeiten, also erlittenen, widerfahrenen Verlusten. Andererseits ist jede erreichte Stufe unserer Ich-Entwicklung immer ein Fragment aus Zukunft. Sein Wesen ist Sehnsucht. Es ist auf Zukunft aus.“⁴ An einer Ich-Identität als erreichbaren und dauerhaften Zustand lässt sich für ihn nur unter drei Einschränkungen festhalten; Identität wäre nur bei Verzicht auf Trauer, bei Verzicht auf Hoffnung und bei Verzicht auf den anderen als anderen ernst nehmende Liebe möglich. Ich denke, dies festzuhalten ist wichtig, um den Menschen anzusehen als den, der er ist: Nicht Objekt von *Palliative Care* und Hospizarbeit, sondern Subjekt, das eingebettet ist in sozialen Beziehungen und Bezügen, dessen Leben quer steht zu dem, was Normalität meint.

3. Leben leben im ländlichen Raum

Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der Palliativmedizin und in der Hospizversorgung werden. Stationäre Hospize gibt es in Rendsburg, Kiel, Lübeck, Geesthacht und Elmshorn; Palliativstationen in Flensburg, Kiel, Neumünster und Eutin. Hospizgruppen gibt es rund 38 und sie sind alle in den kreisfreien Städten und in Städten wie auch größeren Orten der Landkreise zu finden. Statistisch scheint eine relativ flächendeckende Betreuung von betroffenen Kranken und ihrer Angehörigen möglich zu sein. Statistiken belegen dagegen, dass nur bis zu 45 % der Menschen im privaten, häuslichen Umfeld versterben, wobei hier die so genannten soziodemografi-

³ Kazoh Kitamori, *Theologie des Schmerzes Gottes*, Göttingen 1972, S.17

⁴ A.a.O, S. 325

schen Faktoren (u. a. Alter, Einkommen, Familien- und Bildungsstand) erheblichen Einfluss haben. Michael Ewers kommt zu dem Schluss, dass es trotz des erfolgenden quantitativen Ausbaus ambulanter Versorgungsstrukturen immer noch eine schwer zu bewältigende Herausforderung sei, Menschen am Lebensende den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.⁵

Wie sind eigentlich die Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum, die doch einen maßgeblichen Anteil an dem haben, was wir Lebensqualität nennen, die gerade zum Ende des Lebens fragil wird? *Palliative Care* ist eingebettet in die veränderten Lebenswelten und Lebensentwürfe von Menschen. Die Flexibilisierung der Arbeitswelt ist dabei ebenso von Bedeutung wie die Wahrnehmung der veränderten Familien- und Freundschaftsbilder. Die Lasten liegen auf der mittleren Erwachsenengeneration, die in der „rush hour“ des Lebens zwischen Kindern und Beruf, zwischen Eltern und Großeltern hin und her hetzen zwischen eigenen Plänen und Wünschen und den Wünschen und Erwartungen der anderen. Die Lasten sehr begrenzt auf die mittleren Generationen zu legen, kann langfristig zu Reaktionen von Überlastungen in der Generationengruppe führen und damit die Begrenzungen der Humanressourcen und der „Produktion“ von Humanvermögen und sozialer Kohäsion deutlich machen. Aus dem Blick geraten die Altersgruppen zwischen 65 und gut 75 Jahren, die gegenwärtig überwiegend gut saturiert den Ruhestand genießen und über ein erhebliches Potential an Ideen, an Engagement, an Beteiligung und Möglichkeiten des hilfreichen Handelns verfügen, das sie in die Gemeinschaftsprozesse des Gemeinwesens mit einbringen oder einbringen können.

Die soziale Infrastruktur ist durch Konzentration auf regional größere Einheiten begrenzt und der öffentliche Nahverkehr als möglicher Zubringer zu den „Stützpunkten“ ist nur bedingt tauglich. Die Erreichbarkeiten der medizinischen, therapeutischen und pharmazeutischen Praxen/ Apotheken und die alltags unterstützenden Hilfsmittelversorger gestalten sich durchaus als problematisch. Es bedarf regelmäßig eines relativ hohen logistischen Aufwands, um Fahrten von oder nach zu organisieren und in den täglichen Ablauf der Familien und zwischen den Generationen einzubetten. Funktionierende Netzwerke sind dabei unabdingbar. Das Land dünnt aus, eine stille Wanderung in und an die Ränder der Städte ist zu bemerken. In diesem Kontext sollte *Palli-*

⁵ Michael Ewers, Häusliche Versorgung am Lebensende aus systemischer Perspektive, Folienvortrag 2006

ative Care als ein Prozess gesehen werden, in dem die kranken Frauen und Männer, Jungen und Mädchen die Subjekte sind, die gemeinsam mit den professionellen und ehrenamtlichen Mitgliedern der Palliativversorgung und ihren Familien unterwegs sind, das ganz konkrete und persönliche Assistenz-, Behandlungs- und Pflegearrangement zu gestalten, zu justieren und bei Bedarf zu verändern. Ein Prozess, der sich aus dem krankenhauserorientierten stationären Versorgungsdenken herauslösen muss, um in der Fläche als ein am Gemeinwesen orientierter ambulanter und Netze bildender Unterstützungsdienst zu wirken. Das „Elend“ aller Pflege, so will es mir mitunter scheinen, ist der Zwang zur Normierung von Menschen, deren Einzigartigkeit doch eigentlich nicht normierbar und standardisierbar ist. Bei Durchsicht der Konzepte kam mir denn auch die Frage, wer eigentlich wen steuern sollte – das institutionalisierte System (ambulanter oder stationärer Hilfe und Helfer) die Patienten oder die Patienten das institutionalisierte System?

Kirchengemeinde und diakonische Dienste und Einrichtungen sind Teil der Lebenswelt „ländlicher Raum“; auch sie haben Anteil an der Altersstruktur und den schleichenden Überforderungen. Ihre Präsenz ist erlebbar und nutzbar im Gemeinwesen. Von ihrem Auftrag her, Mittelsmann des Evangeliums zu sein und dazwischen zu gehen, müssen sie sich als verantwortlicher Mitakteur intermediär zwischen den Bereichen bewegen – als Teil des professionellen und ehrenamtlichen Netzwerks in *Palliative Care* und Hospizarbeit und als Teil des Gemeinwesens, dem das Ergehen seiner Mitglieder nicht gleichgültig sein kann. Erst in der Alltagsbegegnung zwischen Menschen vor Ort kann die Bereitschaft wachsen, auch am Ende des Lebens solidarisch miteinander auszuhalten oder sollte ich besser sagen: durchzuhalten. Nicht die Bedürfnisse von Patienten und ihrer Familien sind „anzugehen“ – falls erforderlich inklusive Trauerarbeit –, zurückzugewinnen ist das gemeinsame Teilen und Tragen von Leben, von sprachlos machendem Leid, von Momenten des Offenbar-Werdens von Glück und des möglichen Ganzen im Fragment. In ihrem Bericht zur Implementierung von *Palliative Care*-Teams beschreibt die Arbeitsgruppe des Landesarbeitskreises die Notwendigkeit, zum Austausch und zur Kooperation zu kommen, um tragfähige Versorgungsnetzwerke zu etablieren. Ich denke, dabei sollten nicht nur die Verknüpfungen zu Institutionen und Verbänden im Vordergrund stehen. Das Augenmerk sollte auch auf die Netzwerke in Nachbarschaften und Familien gelegt werden, um in den Gemeinwesen das Wissen und das Bewusstsein um das Leben in der letz-

ten Lebensphase zu stärken. In ein so verstandenes Netzwerk gehören die Kirchengemeinden mit hinein.

4. Perspektiven diakonischer Verantwortung

Heil und Heilung

Heilenden Dienst am Nächsten lebt die Gemeinschaft des Heilungszentrums in Burswood, England, das ich vor einigen Jahren besucht habe. Es versteht sich als Gemeinde und Gemeinschaft auf Zeit. Das Zentrum ist von einer geistlichen Bewegung aus der Teilhabe am heilenden Dienst der Gemeinde in der Welt getragen. Menschen kommen dorthin und sind zu Gast, sind eingeladen, sich auf die Prozesse ihrer Seele einzulassen. Damit wird die Pilgerschaft, das Unterwegssein menschlichen Lebens unterstrichen. Als Gast werden Patienten auf- und angenommen an einem Ort, an dem Pflege und Medizin, Physio- und Psychotherapie, Seelsorge und Spiritualität miteinander und ineinander wirken. Heilungs- und Therapiepläne werden gemeinsam mit dem Patienten/ der Patientin diskutiert, verändert, verworfen und verabredet. Die Familien und Freundeskreise werden – soweit sie vor Ort sein können – mit hinein genommen und zum Mitgestalten der Prozesse eingeladen. Gemeinde hält als Ort der Weitergabe von Heil die Hoffnung fest und nimmt ernst, dass dem Leben des Menschen eine spirituelle Dimension eignet.

Kirchengemeinde als Teil der Gemeinde

Was mich anspricht am Konzept von Burswood und was Kirchengemeinden als ihren Part in der Palliativversorgung entdecken könnten, ist das in Beziehung setzen, Verständigung (Commitment) herstellen und das Mitleiden (Compassion) als Lebenssystem inmitten der konkreten Gemeinde, der konkreten Stadt, dem konkreten Dorf:

- Den Angehörigen Raum geben und sie einladen, sich in Selbsthilfegruppen zu treffen und die Erfahrungen, die Wahrnehmungen, die Überforderungen im gemeinsamen Leben mit den Kranken auszutauschen, kann ein wichtiger Beitrag im Beziehungsgeflecht der ambulanten Palliativversorgung sein. Der heilende Dienst der Gemeinde kann gestaltet werden in Gruppen, die den Weg der Vorbereitung auf Tod und Trauer mitgehen, denn zu wissen, nicht allein zu sein und allein gelassen zu werden, bedeutet Trost und Stärkung.
- Den Kranken Raum geben und – so lange es geht – auch ihnen Begegnung und Austausch mit gleich oder ähnlich Betroffenen ermöglichen, bedeutet, ih-

nen zu zeigen, dass sie nicht allein gelassen sind. Im gemeinsamen Gespräch lassen sich eigene Erfahrungen austauschen und gemeinsam ließe sich Antwort finden auf die Frage, welche Hilfesysteme die individuellen Bedürfnisse erfüllen und damit erträgliche Lebensqualität sichern können.

- Denen, die in das Beziehungsgeflecht *Palliative Care* verwoben sind, die Pilgerschaft und die Stärkung der Seele zu eröffnen durch gemeinsam gestaltete Rituale. Raum und Zeit eröffnen, um ganz persönliche Formen des Betens in Klage und Dank, des gehenden Meditierens, der stillen Zurückgezogenheit zu finden und sich (neu oder auch wieder) anzueignen. Spirituelle Entwicklungen lassen sich auch erleben in den Ritualen der geordneten, liturgischen, musikalischen Gemeinschaft im Gottesdienst.

Hier kann geschehen, was die Freunde des Hiob nicht schafften – bei dem anderen auszuhalten im Dunkel der Klage, in der Sinnlosigkeit des erfahrenen Leidens, den Weg mit-leidend mitgehend, den der andere gehen muss. Gemeinde könnte dieser Spur folgend sich öffnen für Angehörige, ihnen Raum schaffen und Hören auf die berichteten Erfahrungen von Leid, Trauer und Sinnlosigkeit. Ängste könnten ausgesprochen werden, „Compassion“ könnte zum Netz werden, die je eigene Hoffnung, die eigene Liebe aufzufangen und als Fragmente des miteinander gelebten Lebens in die Zukunft zu werfen.

Diakonische Seelsorge

Noch einmal wende ich mich Henning Luther zu. Hart geht er mit der Tendenz zur Privatisierung und Individualisierung von Kontingenzerfahrungen in unserer Gesellschaft um; Erfahrungen, die in der *Palliative Care* und in der hospizlichen Arbeit beständig präsent sind. Nach Henning Luther wird „Troost dann zur Lüge, wenn unser Blick sich beschränkt auf unser individuelles privates Leben und das ausblendet, was um uns herum geschieht.“⁶ Er besteht darauf, dass die geschichtlichen und gesellschaftlichen Bedingungen persönlichen Leids nicht ausgeblendet werden dürfen. Er fordert eine diakonische Seelsorge⁷, die die Arbeitsteilung von Diakonie, Seelsorge und Sozialarbeit überwindet und damit die Trennung von Individuum und Gesellschaft. Solche Seelsorge nimmt die strukturelle Seite, den sozialen Hintergrund jeder

⁶ Henning Luther, Die Lügen der Tröster, in Prakt. Theologie 33.Jg. Heft 3 S. 163-176

⁷ Im folgenden vgl. hierzu Kristian Fechtner, Sich nicht beruhigen lassen, Seelsorge nach Henning Luther in, Transparent-Extra 62/2001

individuellen lebensgeschichtlichen Not von Menschen wahr und blendet diese nicht aus.

Diakonische Seelsorge verweigert sich dem Vollkommenheitswahn unserer Zeit und vermittelt das Entlastende, das im Leben als Fragment begriffen mitschwingt: Die über es selbst hinausweisende und in ihm angelegte Ganzheit. Eine diakonische Seelsorge muss sensibel sein für die Freude, das Glück, dass in allem Leid aufwachsen kann. Oder am Beispiel der Stuhlinstallation von Matthew Ngui: Sie lässt sich auf das Fragment ein und findet den Punkt, von dem aus das Fragment als Ganzheit sichtbar wird.

Aushalten mit den anderen in der Sinnlosigkeit des erlittenen Leide(n)s; nicht den gut scheinenden Fassaden aufsitzen, die die strukturellen Zusammenhänge von menschlicher Not ausblenden und es individualisieren; nicht lügenhaften Trost spenden, sondern miteinander Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft als Fragmente von Möglichkeiten und Teile von Ganzheit teilen – könnten Bausteine für ein gemeinsam und unter Beteiligung aller zu entwickelndes Konzept diakonischer Seelsorge im Netzwerk von Verantwortung sein.

Einrichtungen und Dienste

Der Aufbau von Palliativversorgung wird auch die Einrichtungen und Dienste verändern. Sie werden sich der unterstützenden Strukturen des Gemeinwesens ebenso bedienen müssen, wie sie selbst zur unterstützenden Struktur im Gemeinwesen werden. Vielleicht könnte der „Vierklang“ von Pflege, Medizin, Therapie und Seelsorge/Spiritualität Grundlage einer gemeinsamen Strategie zur Qualitätsentwicklung sein, die an den Prozessen von Kommunikation und Interaktion in Gemeinschaft – also an der Lebensqualität – ausgerichtet wird und nicht so sehr an der Standardisierung von Strukturen. Der Lebensqualität sollte der Vorrang vor der Normen- und Standardqualität eingeräumt werden. Lebensumfelder sollten so gestaltet sein, dass die, die sich in ihnen bewegen, sie selbst sein und bleiben können. Das Wohnen sollte nicht zur Kopie des Krankenzimmers geraten, sondern dem Anspruch des Wohnens genügen. Die Tagesstruktur in den Einrichtungen sollte sich nicht auf die Kontakte der Pflegeverrichtungen und der Darreichung von Lebensmitteln beschränken. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten den Tag gestalten dürfen, können Freude an ihrem Tun erleben und fühlen sich nicht so leicht

ausgebrannt und unter Druck gesetzt. Das wiederum hieße auch ein verändertes Wahrnehmen durch die Aufsichten. Weder das Leben noch das Sterben eines Menschen lassen sich in genormte Standards pressen und abhaken, weil jeder anders als der andere ist. Leben dürfen bis zum Tod sollte davor bewahren, schon frühzeitig ans Bett gefesselt zu werden.

Netzwerke

Diakonie gestaltet sich eigentlich immer in Netzwerkstrukturen des Zugehens, des Beteiligens, des Zusammenbringens, des Miteinander-Gestaltens und Mit-Anderen-Entwickelns und Überwindens von Begrenzungen. Netzwerke gestalten Orte der Begegnung auf Augenhöhe, der achtsamen Präsenz. Sie sind geknüpft aus Zuegandtheit, Kommunikation und Interaktion. Soziale Netzwerke sind Strukturen gestalteter Selbsthilfe und bürgerschaftlichen Engagements. Gleichzeitig verknüpften sie Arrangements professioneller und ehrenamtlicher Hilfe. Diakonische ambulante und stationäre und gemeindediakonische und ehrenamtliche Dienste müssen sich gerade beim Aufbau von *Palliative Care* im ländlichen Raum miteinander und übergreifend mit anderen verschränken. Aus ihrer Professionalität heraus können sie mitwirken an der Qualifizierung aller Beteiligten.

Netzwerke machen ernst mit der individuellen und kollektiven Verantwortung von Personen und Institutionen an der Verfasstheit gesellschaftlichen und sozialen Lebens und seiner Entwicklung; sie halten Individuum und Struktur beieinander und können die Umwelt und das Leben sehen als das, was sie sind: des Heils und der Heilung bedürftig. Rahmen und Raum, in dem sowohl Kontingenz als auch Gutes erfahren wird, in dem Leben wie auch Sterben miteinander geteilt gelebt werden kann.